

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1919

THESE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**Péritonites Puerpérales**

PAR

JOSEPH LAULAIGNE

Né à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire)  
le 17 décembre 1886

---

*Président : M. BAR, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

---

1919



23

**THESE**  
**POUR**  
**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1919

THESE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

**Péritonites Puerpérales**



PAR

JOSEPH LAULAIGNE

Né à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire)

le 17 décembre 1886

---

*Président : M. BAR, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

---

1919

# Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

## Professeurs.....

## MM.

Anatomie.....  
Médecine opératoire.....  
Physiologie.....  
Physique médicale.....  
Chimie organique et chimie générale.....  
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....  
Pathologie et Thérapeutique générale.....  
Bactériologie.....  
Pathologie interne.....  
Pathologie chirurgicale.....  
Anatomie pathologique.....  
Histologie.....  
Médico-Chirurgicale.....  
Pharmacologie et matière médicale.....  
Thérapeutique.....  
Hygiène.....  
Médecine légale.....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS  
N.  
CH. RICHET  
WEISS  
DESGREZ  
BRUMPT  
N.  
BEZANCON  
VAQUEZ  
GOSSET  
LETULLE  
PRENANT  
CUNEO  
POUCHET  
CARNOT  
BERNARD  
BALHAZARD  
MENETRIER  
ROGER  
WIDAL  
GILBERT  
CHAUFFARD  
ACHARD  
HUTINEL  
  
DUPRE  
JEANSELME  
PIERRE MARIE  
PIERRE DELBET  
QUENU  
LEJARS  
HARTMANN  
DE LAPERSONNE  
LEGUEU  
BAR  
COUVELAIRE  
RIBEMONT DES  
SAIGNES  
J. L. FAURE  
AUGUSTE BROCA  
ALBERT ROBIN  
MARFAN  
TEISSIER

Clinique médicale.....  
  
Maladies des enfants...  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-  
céphale.....  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
Clinique des maladies du système nerveux.....  
  
Clinique chirurgicale.....  
  
Clinique ophtalmologique.....  
Clinique des maladies des voies urinaires.....  
  
Clinique d'accouchement.....  
  
Clinique gynécologique.....  
Clinique chirurgicale infantile.....  
Clinique thérapeutique.....  
Hygiène et clinique de la 1<sup>re</sup> enfance.....  
Clinique des maladies contagieuses.....

## Aggrégés en exercice

### MM.

ALGLAVE  
BRANCA  
CAMUS  
CASTAIGNE  
CHAMPY  
CHEVASSU  
DESMARET  
COUGEROT  
GRÉGOIRE  
GUENIOT  
GUILLAIN

JEANNIN  
JOUSSET ANDRÉ  
LABRE (HENRI)  
LAIGNEL-LAVASTINE  
LANGLOIS  
LECÈNE  
LEMIERRE  
LENORMANT  
LEQUEUX  
LEREBoullet  
LERI

LÉPER  
MOCQUOT  
MULON  
NICLOUX  
NOBECOURT  
OKINCZYC  
OMBREDANNE  
RATHERY  
RETTHERY  
RIBIERRE  
RICHAUD

ROUSSY  
ROUVIERE  
SCHWARTZ (A)  
SICARD  
TANON  
TERRIEN  
TIFFENEAU  
VILLARET  
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR LAULAIGNE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

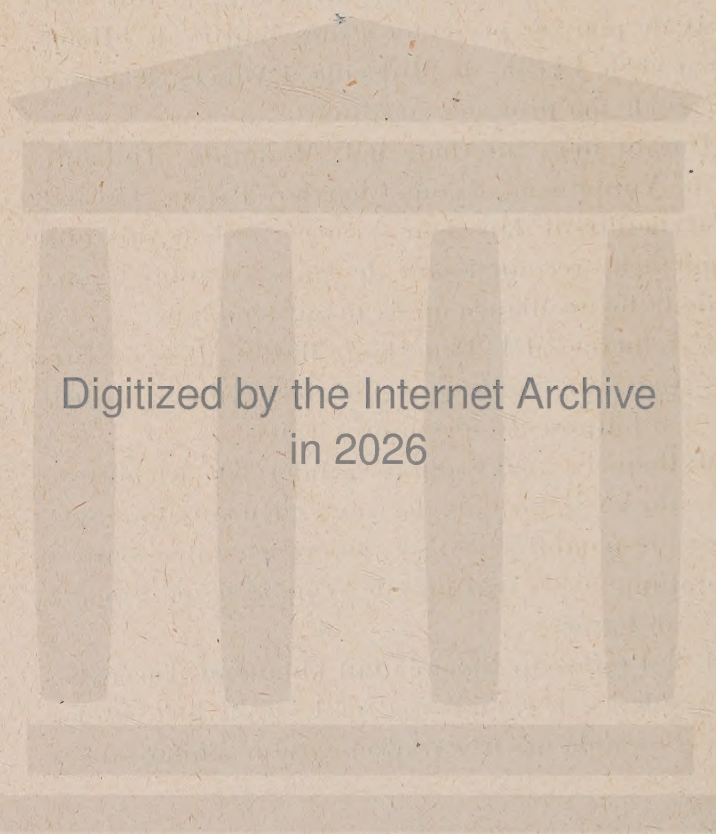
Au terme de mes études médicales, je suis heureux de pouvoir présenter à mes Maîtres de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole de Médecine d'Angers, le témoignage de ma profonde gratitude.

Durant mon Internat, MM. Monprofit, Thibault, Brin, Vinsonneau, Léon, Charrier, Papin, Cocard, m'accueillirent dans leur service ; je leur suis profondément reconnaissant de leurs savantes leçons et de la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

Je remercie MM. Denéchau, Martin, Tesson, Turlais, Gaugain, Spillmann, du bienveillant accueil que j'ai toujours trouvé auprès d'eux.

M. Boquel a bien voulu me guider dans le choix de cette thèse, je lui dois des remerciements tout spéciaux. Je n'oublierai ni son enseignement si clair et si pratique ni les marques de sympathie qu'il m'a si souvent données.

M. le Professeur Bar m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552826\\_0045](https://archive.org/details/IA41552826_0045)

## INTRODUCTION

---

Durant les premiers mois de 1914, alors que j'étais interne à la Maternité d'Angers, la lecture d'une communication de mon Maître, M. Boquel, au Congrès de la Société obstétricale de France, attira mon attention sur le traitement des péritonites aiguës au cours de la puerpéralité. Je me proposai d'étudier ce sujet et d'en faire l'objet de ma thèse. La guerre est venue interrompre cette étude et je ne puis qu'exposer brièvement les conclusions auxquelles je m'étais arrêté, les circonstances ne me permettant plus de donner à ce travail le développement que je prévoyais et que comportait pareil sujet.

\*  
\* \*

Il s'en faut que tous les accouchements bénéficient des progrès réalisés par l'introduction de l'asepsie en obstétrique et les avortements criminels, dont le nombre est loin de décroître, s'accompagnent souvent d'accidents infectieux. On ne peut donc espérer voir de sitôt les infections puerpérales rayées du cadre nosologique et, ainsi que l'a écrit M. Jeannin, « cette fréquence, qui quoiqu'on fasse ne semble

guère capable de s'abaisser au-dessous d'un certain chiffre, rend leur étude particulièrement intéressante. »

La péritonite était avant l'ère antiseptique, la complication de beaucoup la plus fréquente de l'infection : Béhier la rencontrait 114 fois sur 142 autopsies. Actuellement, bien que sa fréquence ait diminué, cette localisation péritonéale est loin d'être rare : en 1907 Latzko, sur 470 cas d'infection, trouve 88 péritonites, soit une proportion de 19 p. cent.

Complication fréquente de l'infection, la péritonite en est une des plus redoutables. « Pour moi, écrit Tarnier, le diagnostic de cette maladie équivaut presque à un arrêt de mort ». Hervieux, Murphy, estiment à 85 p. cent la mortalité dans cette affection ; pour Fœhling, elle serait de 80 p. cent et M. Jeannin écrit que « sauf exception assez rare pour qu'on puisse n'en pas tenir compte en clinique, les péritonites généralisées abandonnées à elles-mêmes se terminent par la mort ».

Intéressantes à étudier en raison de leur fréquence et de leur gravité, les péritonites puerpérales le sont encore à un autre titre. Lorsque l'infection envahit l'organisme, qu'elle se manifeste par des symptômes généraux sans tendance à la localisation, cette infection que nous disons généralisée, est le plus souvent au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique. Une localisation, si grave soit-elle, laisse place à une intervention possible et il y a un espoir de pouvoir lutter avec efficacité contre la maladie.

C'est ainsi que la péritonite, même étendue à toute la séreuse, bien que par elle-même source de dangers et d'aggravation de l'état général, nous apparaît encore comme justiciable d'un traitement. Que ce traitement comporte des aléas et des mécomptes, cela ne fait aucun doute ; mais il constitue, en tous cas, un réel progrès sur les méthodes qui dans l'infection généralisée sans localisation aucune, se montrent d'une décevante et constante inefficacité.

---

## CHAPITRE I

---

Quand on aborde l'étude du traitement des péritonites puerpérales, on est tout naturellement porté à se demander si ce traitement doit différer de celui qu'on oppose aux péritonites en général, qu'elles soient consécutives à une inflammation de l'appendice ou de la vésicule biliaire, à une perforation du tube digestif. Cette question du traitement des péritonites aiguës fit l'objet de deux rapports au Congrès de Chirurgie de 1911. Précocité de l'intervention, suppression de la cause, intervention limitant au minimum les manœuvres intra-péritonéales, telles sont les conclusions des deux rapporteurs, conclusions qui furent admises par la plupart des chirurgiens. Mais, ni dans les rapports de MM. Hartmann et Témoin, ni dans les discussions qui suivirent, on n'aborda la question du traitement des péritonites puerpérales. Convient-il aussi, dans ces péritonites, d'intervenir précocement et de supprimer la cause ?

Depuis la communication de Bouilly au Congrès de Chirurgie de 1889, les observations d'infections péritonéales diffuses chirurgicalement traitées, se

sont multipliées et l'on peut maintenant se demander si les résultats obtenus sont en faveur de l'intervention.

En 1906, M. Jeannin recueillait dans la littérature médicale 121 cas de laparotomie pour péritonite diffuse, avec une proportion de guérison de 44 p. cent. Latzko, en 1909, dans une statistique personnelle portant sur 90 cas, note 17 guérisons. Enfin, sur huit observations publiées postérieurement au travail de M. Jeannin, nous trouvons six guérisons. En réunissant ces diverses statistiques nous arrivons à un total de 219 cas avec 76 guérisons, soit une proportion de 34 p. cent. Or, nous savons qu'abandonnée à elle-même, la péritonite évolue le plus souvent vers la mort. Pour comparer les résultats des deux méthodes, M. Boquel fait porter sa statistique personnelle sur tous les cas de péritonite qu'il a diagnostiqués, qu'ils aient ou non donné lieu à une intervention. Dans l'abstention, l'autopsie est le seul moyen de vérifier le diagnostic. Cette vérification manquera donc souvent ; toutefois, on peut admettre que pour un même observateur les erreurs se compensent. Dans ces conditions, M. Boquel, sur 27 cas de péritonite, est intervenu 14 fois avec 9 guérisons, tandis que l'abstention dans 13 cas a donné cinq guérisons.

Mais si consciencieusement établies que soient ces statistiques, il est intéressant de contrôler les indications qu'elles nous fournissent par l'opinion des au-

teurs qui ont spécialement étudié cette question du traitement des péritonites.

Cinq ans après la communication de Bouilly, au Congrès de Chirurgie, Tarnier écrivait : « Je n'hésite pas à déclarer que vous serez autorisés à pratiquer la laparotomie chez des femmes atteintes de péritonite puerpérale. En général, il convient d'opérer de bonne heure. Lorsque les phénomènes généraux sont très graves et la réaction péritonéale manifeste, on peut intervenir ; il n'y a donc pas lieu d'attendre la formation d'un épanchement abdominal abondant ».

Dans son rapport au Congrès de Rome, M. Tuffier, parlant d'un travail qu'il communiqua en 1899 à la Société de Chirurgie, disait : « Dès cette époque, je limitai ma communication à « l'infection générale aiguë » laissant de côté les infections localisées et même les péritonites puerpérales dont le traitement opératoire ne me paraissait pas discutable, du moins quant au principe ». Au même Congrès, Léopold commençant son étude par « l'accident le plus grave des suites de couches », la péritonite généralisée, disait : « il s'agit donc de lutter contre cette dernière et de n'abandonner la malade que lorsqu'elle a succombé. Je veux dire par là que le traitement doit être dans un cas donné non seulement général mais aussi chirurgical. »

M. Reynier, par contre, se montre opposé à l'intervention ; en 1901, à la Société de Chirurgie, citant quelques laparotomies par lui pratiquées, il di-

sait : « Les malades sont mortes plus rapidement que si je n'étais pas intervenu ». De même en 1903, à la Société d'obstétrique, à la suite d'une communication de MM. Brindeau et Lequeu, M. Porak intervenait pour dire : « J'ai renoncé depuis longtemps à faire des laparotomies pour péritonites généralisées ». En 1905, à une réunion de la même Société, M. Mauclaire, après avoir présenté cinq observations de M. Sourdille, ajoutait : « L'évacuation de l'épanchement péritonéal, jointe aux autres traitements de septicémie, sera peut-être une cause adjuvante qui empêchera la malade de pencher du mauvais côté de la balance ».

En 1904, M. Ribemont écrivait : « Les résultats obtenus par cette méthode (laparotomie et drainage) sont jusqu'à présent peu encourageants, presque toutes les femmes ayant succombé après l'opération. » Mais en 1914, le même auteur écrit : « Depuis, les observations se sont multipliées et les succès sont devenus d'autant plus fréquents que l'intervention est plus précoce, il est actuellement admis par la presque unanimité des accoucheurs que « toute péritonite puerpérale doit être, sitôt diagnostiquée, chirurgicalement opérée. »

De même, alors qu'en 1907 M. Jeannin écrivait : « Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de formuler une opinion modérée sur la valeur de la laparotomie dans le traitement des péritonites puerpérales », en 1914, cet auteur est d'avis que : « le traitement des péritonites puerpérales est d'ordre ex-

clusivement chirurgical... que le moment de l'intervention doit être le plus rapproché possible du début des accidents ».

Les auteurs sont donc à peu près unanimes à reconnaître que, comme les péritonites en général, les accidents péritonéaux de la puerpéralité relèvent du traitement chirurgical et que l'efficacité de ce traitement est essentiellement fonction de la précocité de l'intervention.

## CHAPITRE II

---

Pour qu'on puisse opposer à l'infection péritonéale un traitement précoce, il faut qu'elle soit de bonne heure diagnostiquée. C'est donc en définitive à cette précocité du diagnostic qu'est liée l'efficacité du traitement. Or, dans les péritonites puerpérales, établir un diagnostic précoce est chose particulièrement délicate. S'il est des cas où, dès le début, la netteté des signes physiques ne laisse aucun doute, souvent en leur absence, il est difficile de distinguer parmi les symptômes généraux ceux qui tiennent à la péritonite de ceux qui traduisent l'infection générale ou l'intoxication de l'organisme. Dans une étude rapide de la symptomatologie des péritonites puerpérales, nous chercherons quelles indications opératoires on peut attendre de la clinique. A cet égard, on peut distinguer dans les péritonites diffuses une forme aiguë, la plus fréquente, une forme suraiguë, forme foudroyante d'Hervieux qui laisse peu de prise à la thérapeutique et une forme subaiguë dont les symptômes atténués rendent le diagnostic difficile, mais dont l'évolution relativement lente doit permettre une intervention efficace.

les indications opératoires. » Quels sont donc les éléments qui permettent d'apprécier l'opportunité de l'intervention ? Faut-il, ainsi que le disait M. Mauclore, en 1905, à la Société d'Obstétrique, attendre pour intervenir d'avoir reconnu la présence d'un épanchement ? Sans doute, il est des cas où le liquide se produit rapidement. « En moins de douze heures, écrit M. Delbet, l'épanchement peut être déjà considérable. » Mais il ajoute : « Quand bien même l'épanchement se formerait avec une extrême rapidité, il est bien clair qu'il ne peut pas se révéler d'emblée par des symptômes cliniquement appréciables ; en effet, il n'est pas assez abondant pour donner des signes comparables à ceux d'une ascite et d'un autre côté tant qu'il est libre on ne peut percevoir son existence par le toucher. » De fait, j'ai réuni vingt-sept observations dans lesquelles, soit à l'intervention, soit à l'autopsie, on trouva du liquide dans la cavité péritonéale, dans un tiers des cas seulement on avait constaté des signes d'épanchement. Attendre pour opérer la constatation de ces signes, ce serait s'exposer à ne pas intervenir ou à ne le faire que trop tard.

Tarnier estimait que « le ballonnement du ventre, une douleur vive généralisée et surtout accusée dans les fosses iliaques, un état général grave, sont des indications suffisantes de la laparotomie. » Ces indications étendent assurément à un plus grand nombre de cas le bénéfice d'une intervention précoce ; prises à la lettre, elles sont encore trop restreintes.

La douleur, le ballonnement du ventre peuvent manquer. Dans une note communiquée en 1903, à la Société de Médecine d'Angers, M. Boquel rapporte l'observation suivante : « Une malade entre à la Maternité, huit ou neuf jours après un accouchement, profondément infectée ; on me téléphone, je viens le soir et je constate, que la malade d'une part dit se trouver mieux, d'autre part qu'elle n'a que 38°5 et que son pouls est aux environs de 80, que son ventre est parfaitement souple et non tendu, l'utérus revenu sur lui-même et non douloureux ; je remets au lendemain toute décision. Elle meurt dans la nuit et à l'autopsie nous trouvons un demi-litre de pus dans le péritoine sans autre lésion. » Toutefois les observations dans lesquelles on trouve à la fois l'indolence et la souplesse de l'abdomen, sont relativement rares ; plus souvent le ventre est souple mais douloureux ; ou bien il est tendu, météorisé, mais indolore. C'est surtout à la période ultime que s'atténuent les phénomènes douloureux. « La durée des douleurs spontanées, dit Hervieux, est d'un ou deux jours dans l'immense majorité des cas ; plus tard il n'existe plus que de la sensibilité à la pression dans quelques points limités et même cette sensibilité disparaît entièrement quand la tympanite acquiert son maximum. »

La gravité de l'état général manque rarement, mais cette gravité n'entraîne pas nécessairement une accélération considérable du pouls, une élévation ou un abaissement marqué de la température.

région de cette vaste cavité n'est épargnée. Tension et développement du ventre, sécheresse de la langue, nausées, vomissements, diarrhée, altération des traits, excavation des yeux, pulvérulence des narines, agitation, insomnie, tout cet appareil symptomatique qui appartient à la péritonite confirmée, se manifeste avec ou aussitôt après les premières douleurs. Il va de soi que cet ensemble effrayant de phénomènes morbides aboutit dans un délai très court à l'issue funeste. La durée peut être de quarante-huit, trente-six et même vingt-quatre heures.

Cependant, il est permis de supposer que dans ces derniers cas on a pu n'être pas parfaitement renseigné sur l'époque précise des premiers symptômes.

La forme subaiguë est d'un diagnostic particulièrement délicat. « C'est, dit M. Le Dentu, une ébauche de la forme aiguë, mais une ébauche dans les symptômes et non dans la gravité ». Aux signes d'endométrite, s'ajoutent, mais souvent très atténués, des signes d'infection péritonéale : le ventre est légèrement ballonné, la palpation un peu douloureuse, les vomissements sont rares et tardifs. M. Le Dentu signale dans cette forme un symptôme particulier « la régurgitation fécaloïde. » La température peut ne guère dépasser la normale, elle peut osciller entre 39° et 40°. Le pouls n'est pas très accéléré et garde son ampleur, mais peu à peu, l'état général s'altère, le ballonnement du ventre s'exagère, les vomissements deviennent plus fréquents. Au bout d'une douzaine de jours, pendant lesquels on peut

observer des périodes d'accalmie, la malade meurt, comme dans la forme aiguë en hypothermie. « Il existe même, dit M. Jeannin, une véritable forme silencieuse dans laquelle tout signe local fait défaut ; il n'y a ni douleurs ni ballonnement du ventre, ni vomissements, ni température ; le diagnostic de péritonite n'est alors qu'une trouvaille d'autopsie. » De même, Hervieux faisant allusion à cette forme écrivait : « A l'autopsie de certaines accouchées qui n'avaient pendant la vie accusé aucune douleur bien vive du côté du ventre et chez lesquelles les parois abdominales avaient constamment présenté une souplesse et une flaccidité incontestable, j'ai été surpris de trouver la cavité pelvienne baignée d'un pus épais, bien lié, étalé à la manière d'une crème sur presque tous les viscères. »

\*  
\*\*

La symptomatologie de la péritonite puerpérale est donc excessivement variable. Depuis la forme aiguë, telle que nous l'avons décrite, jusqu'à la forme latente qu'on ne découvre qu'à l'autopsie, toutes les modalités peuvent se présenter. Devant cette inconstance et cette imprécision des renseignements que la clinique nous fournit, M. Delbet écrivait : « Nous avons plus de moyens d'action que de connaissances précises. De cette inégale progression de l'art et de la science, il résulte que ce qui nous manque surtout ce sont

La forme aiguë débute de quatre à six jours après l'avortement ou l'accouchement chez une femme qui le plus souvent présentait déjà des signes d'endométrite. Elle s'annonce par un frisson violent, se prolongeant une demi-heure, une heure même, auquel fait suite une élévation de température à  $40^{\circ}$ - $41^{\circ}$ . La douleur apparaît presque aussitôt, parfois si intense et si brusque qu'on l'a comparée à un coup de poignard. D'abord localisée dans le bas ventre, dans les fosses iliaques, au creux épigastrique, elle s'irradie rapidement à tout l'abdomen. La femme est immobile, « les cuisses, non pas fléchies comme on l'a dit, mais étendues » (Hervieux), redoutant le moindre mouvement, ne pouvant supporter même le poids des couvertures. Bientôt surviennent les vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux, puis porracés. La constipation moins constante que dans les autres péritonites peut faire place à une diarrhée abondante. Pour Hervieux, cette diarrhée serait de règle : « J'invoque, dit-il, le témoignage de Béhier qui l'a vu manquer onze fois sur soixante-neuf ».

La face est pâle, les yeux excavés, cerclés de bleu, le nez effilé, la langue blanchâtre au début devient rouge, lisse et finalement rôtie. L'abdomen est ballonné, ce ballonnement d'abord limité à la région sous-ombilicale, s'étend en deux ou trois jours à tout le ventre et s'accompagne d'un tympanisme considérable. Parfois on peut, dans les flancs, déceler une matité mobile. Le toucher réveille de la douleur au

niveau du cul-de-sac postérieur ; la mobilisation de l'utérus est particulièrement douloureuse.

Les mouvements respiratoires sont douloureux ; cette douleur jointe à la gêne que le météorisme apporte à l'abaissement du diaphragme, jointe à la dyspnée toxique, rend la respiration courte et fréquente.

Le pouls oscille entre 110 et 136. La température ne descend guère au-dessous de 39°5 s'élevant souvent à 40°-41°. A la période ultime, on constate souvent une chute brusque de la température qui peut descendre au-dessous de la normale, tandis que le pouls est de plus en plus fréquent, petit, misérable et finalement incomptable. L'intelligence était restée jusqu'alors à peu près intacte, un délire calme apparaît qui bientôt fait place au coma et vers le huitième ou le dixième jour, la malade meurt en hypothermie.

La forme suraiguë débute peu de temps après l'accouchement ou l'avortement. « C'est, dit Hervieux, à une époque assez rapprochée de l'accouchement, quelquefois immédiatement après la délivrance que les premiers accidents éclatent ». Elle est caractérisée par l'apparition précoce et simultanée de tous les symptômes qui dans la forme aiguë ne s'observent qu'à la période d'état. Hervieux en donne la description suivante : « Moins de 24 heures après l'apparition du frisson initial, les malades sont en proie aux souffrances les plus aiguës, lesquelles parcourent en tous sens l'enceinte abdominale. Aucune

Dans une observation de Raynond, l'intervention donna issue à un flot de liquide horriblement fétide, or, la température était de  $37^{\circ}2$  et le pouls à 90. Dans une observation de M. Boquel, le pouls était à 80, la température à  $37^{\circ}2$  et le lendemain la laparotomie montre une quantité notable de liquide louche dans l'abdomen. De telles observations ne sont pas exceptionnelles ; cependant l'accélération du pouls est un signe important, plus fidèle assurément que les variations de la température.

Les rapports du pouls et de la température sont également intéressants à étudier. En l'absence de lésions péritonéales, le désaccord entre le nombre des pulsations et l'élévation thermique sont rarement observés. Donc, s'il y a dissociation et surtout si la température est au-dessous de la normale, il y a probablement péritonite, mais la concordance du pouls et de la température ne prouve nullement en faveur de l'intégrité du péritoine.

En somme, tous les signes que nous avons décrits sont susceptibles de manquer et tous, sauf toutefois les signes physiques, peuvent être sous la dépendance de l'intoxication de l'organisme, de l'infection générale ou des lésions de l'appareil génital. Poser le diagnostic de péritonite puerpérale sera souvent une affaire de tact clinique. La rapidité du pouls, sa discordance d'avec la température, jointes tantôt au météorisme ou aux douleurs abdominales, tantôt aux vomissements et à la dyspnée, jointes à l'altération de l'état général, à l'aspect de la langue, de la

peau, aux modifications de la voix, formeront un ensemble symptomatique qui permettra souvent au clinicien averti par l'histoire d'un accouchement ou d'un avortement récent, d'affirmer la présence d'accidents péritonéaux. Mais souvent aussi, devant la pénurie des symptômes, le diagnostic restera hésitant. Que faire dans le doute ? S'il y a péritonite, nous savons que l'abstention « équivaut presque à un arrêt de mort. » Si le péritoine est sain, quels risques court la malade du fait de l'intervention ?

N'attendant pas de l'aggravation de l'état général la confirmation du diagnostic, on peut opérer de bonne heure ; l'état général, dans ces conditions, n'est pas tellement atteint que la simple ouverture du péritoine assombrisse le pronostic de l'affection. Les risques courus semblent donc bien minimes. « En opérant très tôt, écrit M. Jeannin, on risque sans doute de pratiquer une intervention inutile, c'est en l'espèce, une faute bien légère surtout en comparaison de l'erreur inverse. »

Mais il y a plus et l'on peut se demander si l'on court même ce risque d'une intervention inutile et si l'ouverture et le drainage de la cavité péritonéale, même en l'absence de toute péritonite, n'exerce pas une influence favorable sur l'évolution de l'infection.

M. Reynier fut l'un des premiers à tenter la laparotomie chez des infectées ne présentant pas de localisation péritonéale manifeste. En 1901, à une réunion de la Société de Chirurgie, il disait : « Il y a

### CHAPITRE III

---

Dans les péritonites en général après la précocité de l'intervention, la suppression de la cause constitue le facteur de guérison le plus important. En est-il de même dans les péritonites puerpérales ? Ici l'infection utérine est à l'origine des accidents péritonéaux ; supprimer la cause, c'est enlever l'utérus.

Pour Holmès, Vineberg, Smith, Tuffier, l'hystérectomie est indiquée dans la péritonite puerpérale et Bonamy écrit dans sa thèse : « La péritonite généralisée loin d'être une contre-indication est au contraire une raison de plus pour hâter le chirurgien à pratiquer la laparotomie. » A cette époque, où l'on traitait toute septicémie puerpérale par l'hystérectomie, cette opération fut souvent pratiquée alors qu'existait une péritonite. Il ne pouvait en être autrement : Carpenter voulait qu'on enlève l'utérus dès que se produisait le deuxième frisson et M. Rochard estimait qu'au point de vue de l'intervention, on devait confondre les manifestations de la septicémie puerpérale et discuter la valeur de l'hystérectomie que ces manifestations soient simplement utérines.

ou bien encore utérines annexielles et péritonéales. »

Dans les observations de l'époque, on voit souvent qu'au moment où l'on incisait le péritoine, un flot de pus s'écoulait; et que néanmoins on achevait l'ablation de l'utérus. Dans la thèse de Mouchotte, sur trente observations d'hystérectomie, on note huit péritonites généralisées.

Par contre, Léopold, au Congrès de Rome, s'élevait contre cette méthode. « Je n'hésite pas un instant, disait-il, à déclarer que l'hystérectomie n'est pas de mise ici et qu'elle repose sur une fausse indication. » « Il semble bien, écrit M. Jeannin, qu'à moins de tomber sur un utérus perforé, mieux vaut réduire l'intervention à la simple laparotomie. » De même, M. Ribemont écrit : « Les avantages de l'hystérectomie dans les péritonites puerpérales sont illusoire, les succès sont plus nombreux après l'hystérectomie qu'après toute autre intervention. Hormis les cas précédents (cancer, abcès intra-pariétaux, rupture, gangrène, perforation) où la lésion utérine fournit par elle-même l'indication opératoire, il vaut mieux s'abstenir de l'hystérectomie. »

Cependant, certains chirurgiens restent encore partisans de l'ablation de l'utérus qui présente le double avantage de supprimer le foyer infectieux et d'établir une large voie de drainage.

Pour être efficace, cette suppression du foyer infectieux doit être précoce, mais lorsque débutent les accidents, il est bien difficile de prévoir quelle sera leur évolution. Comment, dans le doute, se décider

vit les jours suivants s'établir une sécrétion, abondante dans plusieurs cas, de liquide séreux. Ce suintement que détermine le contact de l'air ou la présence du drain doit logiquement entraîner une quantité considérable de microbes et de toxines ; l'examen bactériologique du liquide et l'étude de sa toxicité établiraient la réalité et l'importance de cette dérivation. La laparotomie aurait donc ce double avantage de supprimer l'importante et active voie d'absorption des microbes et des toxines qu'est le péritoine et de favoriser au travers de la séreuse, la dialyse des produits microbiens dont le drainage assure l'évacuation. En outre, la présence de l'air dans la cavité péritonéale entrave le développement des anaérobies et atténue la virulence des autres microbes. Enfin, M. Poirier a établi que le péritoine ouvert ne s'infectait plus. La coélotomie assure donc dans ces conditions la prophylaxie de la péritonite.

Quelque rationnels que paraissent ces arguments, quelques favorables que semblent les documents cliniques jusqu'ici publiés, il serait prématuré de conclure que la laparotomie constitue la méthode de choix dans le traitement de l'infection généralisée. Mais, nous bornant à l'étude des péritonites puerpérales, nous nous contenterons de constater que les faits paraissent légitimer la précocité de l'intervention lorsqu'on croit atteinte la séreuse péritonéale. Il ne semble pas, en effet, qu'on ait eu jusqu'ici à regretter d'avoir ouvert un péritoine en apparence

sain, on a souvent eu à s'en féliciter. Aussi conclu-  
rions-nous, avec M. Jeannin, que « mieux vaut ou-  
vrir un péritoine intact que de ne pas opérer une  
péritonite diagnostiquée. »

-----

huit ans, j'ai essayé d'intervenir dans ces infections puerpérales streptococciques... dans deux cas j'intervenais presque immédiatement après le frisson initial dès que le ventre se ballonnait ; j'arrivais dans une cavité péritonéale contenant à peine de sérosité. » Mais, il ajoute « dans la muqueuse de la trompe que j'avais enlevée, mon interne trouva des cultures pures de streptocoques. » L'intervention ne se bornait donc pas toujours à l'ouverture du péritoine et au drainage. M. Reynier est trop peu explicite pour qu'on puisse faire entrer en ligne de compte les insuccès qu'il relate.

A cette même réunion du Congrès de Chirurgie, M. Poirier considérant que, dans l'infection puerpérale, l'hystérectomie constitue une intervention des plus redoutables, était d'avis que dans la grande majorité des cas, on pouvait arriver à un bon résultat à moins de frais. Il conseillait de mettre par le vagin un drain utérin et après avoir laparotomisé, de drainer largement la cavité abdominale. C'est aussi ce drainage abdomino-vaginal que préconise Chaput.

En 1903, dans une note communiquée à la Société de Médecine d'Angers, M. Boquel rapporte trois observations d'infection sans localisation péritonéale traitées par la laparotomie et le drainage, avec deux guérisons. « Alors bien même, écrit-il, que le péritoine ne semble pas touché, que le ventre reste souple et non douloureux, alors qu'il n'y a pas de vomissements, il semble que le drainage péritonéal amène

dans certains cas une amélioration réelle, point de départ d'une rémission dans les phénomènes infectieux et partant quelquefois d'une guérison définitive. »

En 1905, M. Sourdille reprend cette étude et apporte deux nouvelles observations d'infection post-partum et post-abortum sans localisation péritonéale. Après colpôtomie et drainage les malades guérissent.

En 1908, M. Raymond, dans sa thèse, relate une observation d'infection puerpérale à forme pyohémique momentanément améliorée par la colpôtomie.

En 1912, M. Boquel, dans une communication au Congrès de la Société obstétricale de France, relate quatre nouvelles observations avec deux guérisons et deux décès.

En réunissant ces différentes observations, nous arrivons à un total de dix interventions avec six guérisons. En outre, dans les quatre cas où l'infection eut une issue fatale, deux fois à la suite de l'opération, une amélioration momentanée a été nettement observée. Ces faits sont assurément trop peu nombreux pour nous permettre de conclure à l'efficacité de la laparotomie dans le traitement de l'infection généralisée ; toutefois, il faut reconnaître que les arguments qui plaident en faveur de cette méthode sont séduisants.

Dans huit des observations que nous venons de mentionner, alors qu'au moment de l'intervention la cavité péritonéale ne contenait pas de liquide, on

à une pareille intervention ? Ou bien on opérera de bonne heure et l'on risque de mutiler une femme qui eut guéri à moins de frais, ou bien on interviendra alors que l'état de la malade ne lui permettra plus de supporter le choc que comporte une aussi importante opération.

Sans doute, l'hystérectomie permet un meilleur drainage, mais n'est-ce pas payer trop cher cet avantage quand nous disposons de moyens suffisants de drainer le péritoine ?

Enfin il faut remarquer que si dans le traitement des péritonites en général la suppression de la cause joue un rôle important, déjà dans les péritonites d'origine annexielle beaucoup estiment qu'enlever les trompes enflammées, serait risquer une aggravation de l'infection et préfèrent attendre la guérison des accidents aigus pour entreprendre le traitement que comportent les lésions des annexes. Telle est la méthode que j'ai vue appliquer dans le service de M. Boquel et je rapporte l'observation d'une malade atteinte de péritonite annexielle, dont l'état particulièrement grave, n'eut sans doute pas permis l'ablation des annexes et qui guérit par le simple drainage du péritoine. C'est qu'en effet la disposition de la séreuse au niveau de l'appendice ou de la vésicule biliaire permet d'enlever ces organes sans courir grand risque d'infecter le tissu cellulaire sous-péritonéal, tandis que l'ablation des annexes ouvre une large voie à l'infection du tissu cellulaire pelvien. Or ce qui est vrai pour les annexes, l'est encore plus

quand il s'agit de l'utérus. Il semble donc qu'en raison de l'importance du shock opératoire, des risques d'une cellulite pelyienne, de la crainte d'une mutilation inutile, il soit préférable de s'abstenir de l'hystérectomie dans les péritonites puerpérales.

\*  
\*\*

Mais l'infection péritonéale peut être due à une perforation traumatique ou gangréneuse, à un abcès de la paroi utérine ; convient-il, en pareil cas, d'enlever l'utérus ?

L'abcès est rare. En 1901 Budin déclarait n'en avoir vu que deux et en 1906 M. Mercadé ne pouvait en réunir que 22 observations. La perforation utérine est au contraire une cause fréquente de péritonite ; aussi aurons-nous surtout en vue la conduite à tenir lorsque l'utérus est perforé, que cette perforation soit traumatique ou gangréneuse.

Nous avons vu que pour M. Ribemont il y a lieu, en pareil cas, de recourir à l'hystérectomie ; tel est aussi l'avis de M. Christeanu. M. Jeannin écrit :

« Si la femme n'est pas en trop mauvais état, la laparotomie sera complétée par l'hystérectomie. » M. Plauchu estime que « toutes les fois qu'une solution de continuité existe au niveau de la paroi utérine, l'hystérectomie s'impose » mais qu'elle est contre indiquée « lorsque le feuillet péritonéal utérin ne présente aucun orifice. »

En 1905, M. Mauclaire écrivait : « Lorsque la péritonite est consécutive à une perforation, l'ablation de l'utérus serait bien tentante ; on sait que les résultats ne sont pas encourageants ; il faut donc se contenter de suturer la perforation. »

Sans doute, quand à la faveur d'une perforation, les lochies septiques se déversent dans le péritoine, l'indication d'enlever l'utérus semble plus pressante. Sans doute, du fait des lésions utérines, la question d'une mutilation ne se pose plus. Mais l'hystérectomie pratiquée dans ces conditions reste une opération redoutable, capable d'ajouter aux accidents infectieux et d'avoir sur l'état général de la malade un retentissement funeste.

Par ailleurs, un certain nombre d'observations de péritonites consécutives à une perforation montrent que la guérison peut, dans ce cas, être obtenue sans hystérectomie, par l'ouverture et le drainage du péritoine combinés au drainage de l'utérus. Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclure ; je me bornerai à rapporter l'observation récemment recueillie dans le service de M. Boquet, d'une malade atteinte de perforation utérine, qui guérit par laparotomie et drainage abdomino-utérin.

Il semble donc que dans les péritonites puerpérales, lorsque la paroi utérine est intacte, on doit toujours s'abstenir d'enlever l'utérus et que lorsqu'existe une perforation, lésion de beaucoup la plus fréquente, il y ait souvent intérêt à renoncer à l'hys-

térectomie quitte à recourir plus tard, à froid, à cette intervention si elle était indiquée.

\*  
\*\*

Dans la majorité des cas l'intervention se bornera donc à l'ouverture et au drainage du péritoine. Deux voies s'offrent à notre choix : la voie vaginale et la voie abdominale. La colpotomie est une opération simple, peu traumatisante ; en quelques minutes, à la rigueur sans anesthésie, tout praticien peut la mener à bien ; enfin, elle a l'avantage d'assurer dans les meilleures conditions le drainage de la cavité péritonéale. Mais on fait à la colpotomie deux graves reproches ; pratiquée seule, elle constitue une intervention aveugle et souvent insuffisante. Nous avons vu combien il était parfois difficile de porter le diagnostic de péritonite, mais il est souvent encore plus malaisé de déterminer la cause de l'infection péritonéale. Les erreurs sont fréquentes : on a pu croire à une péritonite puerpérale alors qu'on était en présence d'une appendicite, d'une rupture de pyosalpinx, d'une cholécystite, d'une perforation du tube digestif, comme on a pu croire à une appendicite, alors qu'il s'agissait d'un abcès de l'utérus. La laparotomie a sur la coeliotomie vaginale, le gros avantage de permettre l'exploration de l'abdomen.

L'observation que M. Guéniot rapportait en 1901 à la Société d'obstétrique, montre bien ce qu'a d'aveugle la colpotomie. « Chez une malade atteinte de

péritonite, on incise au deuxième jour le cul-de-sac postérieur et on place un drain, rien ne s'écoule qu'un peu de sang, la malade meurt le lendemain ; à l'autopsie on trouve quatre litres de pus dans l'abdomen. Le drain n'était pas dans la cavité péritonéale mais dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : le péritoine s'était laissé refouler. »

En outre, la colpotomie est dans certains cas insuffisante. Que des adhérences séparent le petit bassin de la cavité abdominale et le liquide épanché dans cette cavité ne sera pas évacué ; de même que des anses agglutinées limitent dans l'abdomen plusieurs foyers et la voie vaginale ne permettra qu'une évacuation incomplète.

Dans les péritonites puerpérales diffuses, la laparotomie est donc l'intervention qui présente le maximum d'avantages.

---

## CHAPITRE IV

---

Il nous reste à examiner rapidement les particularités que présente l'intervention dans les péritonites puerpérales.

Dans les cas particulièrement graves, l'anesthésie locale peut suffire ; la rachi-anesthésie, en raison de son action déprimante sur le cœur, devra toujours être rejetée. L'incision sera le plus souvent sous-ombilicale, suffisante pour permettre l'exploration du petit bassin. Cette exploration doit être pratiquée sans recourir à la position de Trendelenburg qui présente l'inconvénient de faire refluer les liquides septiques vers l'étage supérieur de l'abdomen. Quand on constate la présence d'un épanchement, on l'évacue par l'inclinaison latérale de la malade, par de légères pressions sur l'abdomen, on l'étanche à l'aide de compresses. Faut-il faire plus et procéder à la toilette du péritoine ? Cette toilette peut être réalisée par l'essuyage ou par le lavage. L'essuyage, pour être efficace, suppose l'éviscération et doit être abandonné. Parmi les reproches que l'on fait au lavage, le plus grave est assurément de diffuser l'infection dans tout l'abdomen ; aussi sem-

ble-t-il que dans les interventions précoces on doive s'abstenir de tout lavage, tandis qu'au contraire lorsqu'on opère tardivement, que l'épanchement est abondant, que la péritonite paraît particulièrement septique et largement diffusée, il y ait parfois intérêt à laver.

A côté de cette question du lavage, se place celle de l'introduction dans le péritoine, de substances susceptibles d'exciter ses propriétés de défense ou de favoriser sa résistance. On a préconisé le sérum de cheval, les cultures de bacille lactique, le collargol, l'électrargol et plus récemment l'huile camphrée qui en obstruant les lymphatiques diminuerait les résorptions toxiques, et en entravant la formation d'adhérences, favoriserait le péristaltisme intestinal et faciliterait le drainage ; le camphre agirait comme toni-cardiaque.

Les recherches expérimentales, les constatations faites au cours d'autopsies ou de laparotomies pratiquées peu après une intervention abdominale tendent à démontrer la rapide inefficacité du drainage. On a dit que les propriétés bactéricides et antitoxiques des sécrétions péritonéales suffisaient à détruire les microbes déversés dans la cavité abdominale et à neutraliser leurs toxines, que le pouvoir de résorption dont était doué le péritoine lui permettait de se débarrasser des liquides épanchés et qu'il était inutile de drainer. Bien plus, le drainage entrave ce processus de défense, il permet la réinfection de la sé-

reuse et en déterminant la production d'adhérences, il immobilise les anses intestinales, favorisant ainsi la stase et les résorptions toxiques au niveau de l'intestin. Le drainage serait donc un procédé inefficace, inutile et dangereux. Aussi, en Amérique et en Allemagne, beaucoup de chirurgiens s'abstiennent-ils de drainer dans le traitement des péritonites diffuses. L'action la plus évidente du contact de l'air ou de la présence du drain est assurément la production rapide d'adhérences. Cependant celles-ci ne se produisent pas toujours aussi rapidement que le prétendent les partisans de la suppression du drainage et si elles nuisent au fonctionnement du drain, elles n'entravent pas nécessairement la guérison. M. Boquel, dans une communication à laquelle nous avons déjà fait allusion, disait : « Ces adhérences sont précisément un indice de la réaction péritonéale et il faut qu'elles se produisent car elles semblent ne pas exister quand la péritonite continue à se développer et que la malade ne guérit pas. Du moins ai-je trouvé à l'autopsie, deux fois, trois jours et quatre jours après la laparotomie les anses absolument libres et sans adhérences. Je répète, il m'est arrivé de voir trois fois se produire, alors que la guérison se fit par la suite, une très abondante sécrétion qui semblait bien ne pas venir d'une petite cavité. » En fait, nous voyons qu'en France la plupart des chirurgiens recourent encore au drainage dans le traitement des péritonites diffuses.

D'ailleurs, les partisans de la fermeture complète du péritoine ne recourent à ce procédé qu'après suppression de la cause et nous avons vu que dans les péritonites puerpérales l'hystérectomie était rarement indiquée. Enfin, lorsqu'on intervient de bonne heure, la production rapide d'adhérences peut avoir pour résultat de limiter l'infection à l'étage inférieur de l'abdomen.

Pour drainer le péritoine, il semble que logiquement le meilleur procédé dût consister à placer un drain dans le Douglas rendu le point le plus déclive de la cavité abdominale par la position de Fowler. Telle est aussi la conclusion des expériences d'Herbécourt et de Raymond. Mais la colpotomie pratiquée seule est une opération aveugle et insuffisante ; aussi, M. Ribemont, M. Jeannin préconisent-ils d'associer ce drainage vaginal à la laparotomie. On peut cependant arriver à drainer le péritoine d'une façon suffisante, sans recourir à cette contre-ouverture, en faisant sortir par l'incision de la laparotomie, le drain qui plonge dans le Douglas. Pour obtenir par ce procédé un drainage efficace, il faut employer des tubes non fenêtrés et refermer complètement la paroi, ne ménageant qu'un étroit orifice pour le passage du drain. On utilise ainsi la pression abdominale qui, d'après les expériences de Proping, ne laisserait dans le Douglas qu'un résidu ne dépassant pas 50 cc. D'ailleurs, l'évacuation peut être rendue plus complète par l'injection intra-péritonéale d'oxygène. Pour utiliser ce procédé, MM. Weiss et Sencert,

après avoir refermé complètement la paroi abdominale, pratiquent trois boutonnières, une à l'hypogastre et une dans chaque fosse iliaque. L'oxygène arrive par le tube hypogastrique et évacue mécaniquement les liquides par les drains latéraux. Il semble que dans les péritonites puerpérales ces trois boutonnières ne sont pas indispensables et qu'il suffit de placer à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale près du drain qui plonge dans le Douglas un second tube plus court par lequel on fait passer l'oxygène.

La position de Fowler concourt à l'efficacité de ce mode de drainage en collectant l'épanchement dans le Douglas, elle est en outre, particulièrement indiquée dans les péritonites à point de départ utérin, pour éviter la diffusion de l'infection à l'étage supérieur de l'abdomen.

Quelqu'efficace que puisse être le traitement de la péritonite, tel que nous venons de l'exposer, il est évident que le traitement général reste un précieux adjuvant auquel on ne saurait se dispenser de recourir. La sérothérapie antistreptococcique a donné des résultats peu encourageants. Le mucléinate de soude, si l'on s'en rapporte aux expériences de M. Faucon, aurait plutôt une influence nocive une fois l'infection déclarée. L'huile camphrée, l'électrargol semblent au contraire exercer une influence favorable sur l'évolution des phénomènes infectieux. Enfin, l'injection de sérum artificiel paraît rendre les

plus grands services et la proctolyse de Murphy qui permet de faire absorber, sans inconvénients, des quantités considérables de solution salée, mérite dans tous les cas d'être employée.

---

## OBSERVATION I

### PHÉNOMÈNES PÉRITONÉAUX CHEZ UNE FEMME PRÉSENTANT DES TROUBLES GÉNITAUX. — LAPAROTOMIE, DRAINAGE

Léontine S., 33 ans, entre à la Maternité le 13 mai 1909. Depuis dix ans elle souffre du ventre et présente une leucorrhée abondante. Le 10 mai, à la suite d'une injection, elle est prise d'une douleur violente dans le côté gauche de l'abdomen avec sueurs froides, tendance à la syncope et le lendemain ses règles reparaissent. Le 12 mai, M. Boquel la voit et lui conseille d'entrer à l'hôpital ; elle y est amenée le 13 au matin. A son entrée elle se plaint du ventre d'une façon continue, elle est très abattue, les traits tirés, les yeux cernés. Pouls à 112 mais irrégulier, inégal d'amplitude. T. 38°5. Le ventre n'est pas ballonné, la pression est douloureuse dans la fosse iliaque gauche et surtout à l'hypogastre. Le toucher est très douloureux. Pas de matité ni de tympanisme. A deux heures de l'après-midi, malgré les applications chaudes, les douleurs persistent aussi violentes, le ventre commence à se ballonner au-dessous de l'ombilic, pas de vomissements, mais constipation, pas de gaz, pas d'urine depuis la veille. N'ayant aucun renseignement sur la date des dernières règles, on craint une péritonite post abortum et on décide d'intervenir. Chloroforme, incision sous-ombilicale. Les anses sont un peu distendues, congestionnées, légèrement dépolies. Appendice normal. Dans les replis du ligament large, surtout à gauche, on trouve un exsudat séro-purulent peu abondant, enfin, on constate des lésions suppurées de la trompe et de l'ovaire gauches, sans

rupture cependant, l'utérus est normal. On place un drain dans le Douglas, un autre à l'entrée du petit bassin. Le 3<sup>e</sup> jour il s'écoule un peu de sérosité transparente, le 6<sup>e</sup> on enlève le drain supérieur et on verse dans l'autre un peu d'électrargol. Le 8<sup>e</sup> jour un peu de pus s'écoule par le drain qui reste. Le 10<sup>e</sup> jour on retire ce second drain et la malade commence à se lever. Elle sort le 23 juin. A ce moment, il reste dans le cul-de-sac gauche une masse du volume d'une mandarine et la malade souffre un peu en marchant. Les règles ne sont pas revenues.

## OBSERVATION II

### PERFORATION UTÉRINE. — LAPAROTOMIE, GUÉRISON

R., Joséphine, 21 ans, entre à la Maternité le 4 février 1919. Dernières règles au début de novembre. Le 31 janvier elle tente de se faire avorter par l'introduction d'une canule dans l'utérus. Elle ressent une douleur très vive, rentre chez elle en perdant beaucoup de sang et en souffrant beaucoup du ventre ; elle s'alite. Vers minuit les pertes deviennent plus abondantes et la malade a la sensation que parmi les caillots s'échappe une masse solide assez considérable. Les douleurs continuent dans la journée du 1<sup>er</sup> février et dans la nuit, la malade commence à vomir, vomissements noirâtres, fétides, qui se répètent jusqu'au 4 février, date à laquelle la malade fait venir un médecin ; celui-ci conseille l'entrée à l'hôpital. La malade est amenée à la Maternité le 4 à 6 heures du soir. L'état

général paraît grave, douleurs violentes, pouls incomptable, T.  $37^{\circ}5$ , extrémités froides, ventre tendu ballonné, au toucher, cōl ouvert laissant facilement pénétrer le doigt qui ramène des débris d'odeur infecte. Intervention à 6 h. 30, chloroforme, incision sous-ombilicale. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un liquide noirâtre d'odeur infecte. L'utérus remonte à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, il est recouvert d'un péritoine infiltré ; au niveau du fond, on constate une perforation qui est sous-péritonéale. Etant donné l'état de la malade, on préfère ne pas enlever l'utérus. On place un gros drain dans le cul-de-sac antérieur, on incise le péritoine au niveau de la perforation, on place un drain dans l'utérus, on suture la paroi en ne laissant qu'un orifice pour le passage des deux drains. A l'aide du drain utérin, on fait un lavage avec une solution iodée, le liquide s'écoule par le vagin. Pendant trois jours la température se maintient entre  $36^{\circ}8$  et  $37^{\circ}3$ , le pouls à 118. On enlève le drain utérin le 6<sup>e</sup> jour et l'autre le 10<sup>e</sup>. Jusqu'au 11 mars la température reste à  $38^{\circ}5$  avec de fréquentes poussées au-dessus de  $39^{\circ}$ . Du 11 au 17 elle présente de grandes oscillations, congestion pleuro-pulmonaire des deux bases. Le 17 on retire de la plèvre droite 250 cc. de liquide citrin. Depuis, la température baisse lentement ; la malade commence à se lever le 31 mars, elle quitte l'hôpital le 12 avril.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Le traitement des péritonites puerpérales diffuses est avant tout chirurgical et son efficacité dépend surtout de la précocité de l'intervention.

II. — La difficulté du diagnostic serait de nature à retarder l'opération ; il faut savoir, dans le doute, se déterminer à intervenir.

III. — Le risque qu'en cas d'erreur, l'intervention fait courir à l'infectée est insignifiant. Bien plus, l'ouverture et le drainage du péritoine, même en l'absence de toute péritonite, semblent exercer une influence heureuse sur l'évolution des accidents infectieux.

IV. — Dans les péritonites puerpérales, l'hystérectomie constitue une intervention dangereuse et il semble préférable de s'en abstenir même en cas de perforation utérine.

V. — Au cours de la puerpéralité, diagnostiquer l'origine des accidents péritonéaux, est particulièrement difficile ; la laparotomie qui permet la vérification du diagnostic constitue l'intervention de choix.

VI. — Le lavage du péritoine n'est que bien exceptionnellement indiqué ; le drainage par contre est indispensable. Il semble qu'en utilisant la pression abdominale et surtout en recourant aux injections intra-péritonéales d'oxygène on puisse se dispenser de la contre-ouverture vaginale, d'ailleurs discutable.

*Vu le Doyen,*

ROGER.

*Vu le Président,*

PAUL BAR.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

*Pour le Vice-Recteur :*

*L'Inspecteur de l'Académie,*

D. PARODI.

---



